

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者 (被接種者との続柄: 母)  
(〒 444 - 8545 )

住 所 岡崎市若宮町2丁目1番地1 げんきアパート 201号室

氏 名 岡崎 花子

電 話 090-1234-5678

書類に不備があった場合等にご連絡いたしますので、日中に連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

障がい等のために申請者が自署できない場合は代筆可。(隣に代筆者の氏名・予防接種を受けるかたとの続柄を記入してください)

岡崎市で実施する予防接種を、愛知県広域予防接種事業に協力する医療機関にて接種することを希望して申請します。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種受け入れ可能であることを確認し了解を得ています。

予 防 接 種 を 受 け る か た の 氏 名	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/> ) 岡崎市		
	ふりがな氏名	おかざき たろう 岡崎 太郎	ふりがなを忘れずに	□ 平成 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ○日
保 護 者	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/> )		
	ふりがな氏名	おかざき はなこ 岡崎 花子	ふりがなを忘れずに	
希 望 す る 予 防 接 種 連絡票の期限が発行日~3/31のため、その期間内に接種予定医療機関で接種を希望する予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> をいれ、必要な接種回数に「○」を付けてください。五種・四種・三種混合については、希望する予防接種のいずれかに○を付けてください。	<input checked="" type="checkbox"/> ロタ	( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 2回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 )		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 2回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 3回目・追加 )		
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 2回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 )		
	<input checked="" type="checkbox"/> (五種・四混・三混)混合	( <input checked="" type="checkbox"/> 1回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 2回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 3回目・追加 )		
	<input type="checkbox"/> ポリオ	月 日 月 日 月 日 ( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	発行日~3/31の期間内に接種予定医療機関で接種を希望するものしか申請できません。分からない場合は、接種予定の医療機関または岡崎市保健所へご相談ください。		
	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
接 種 予 定 医 療 機 関 名	〇〇こどもクリニック ( 〇〇市 )			
滞 在 先 の 世 帯 主 名 は フ ル ネ ー ム で 記 入 。 電 話 番 号 は 、 滞 在 中 に 保 護 者 と 連 絡 が 取 れ る 番 号 を 記 入 ( 携 帯 で も 可 ) 。	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 長期入院治療	<input type="checkbox"/> 里帰り (出産・その他)	
	<input type="checkbox"/> 家庭内暴力	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
滞 在 予 定 期 間 : 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日	(〒 - )	<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ (□に <input checked="" type="checkbox"/> )		
	様方 (電話 )	郵 送 先 も い ず れ か に チェック		
書 類 郵 送 先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付			
添 付 書 類 が す べ て 揃 っ て い な い と 受 理 で き ま せ ん の で ご 注 意 ください。 <small>添付書類に不備がある場合受理できません。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳「出生届出済証明」のページのコピー			
	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳「予防接種の記録」のページのコピー ・すべて空欄のページも必ずコピーして添付してください。 ・予防接種カード (海外様式) のコピーでも可			
	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ以外の接種済証 ( 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) ・有の場合は接種済証のコピーを添付してください。			

※おたふくかぜを市外で接種希望の場合は、別に『予防接種依頼申請書』が必要です。